Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 6-7. WARSZAWA, CZERWIEC—LIPIEC 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**



Woda mineralna naturalna

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

NAJBARDZIEJ SKUTECZNA

W ARTRETYŹMIE, PODAGRZE,
W SKAZIE MOCZANOWEJ,
KAMICY NERKOWEJ, CUKRZYCY
I CIERPIENIACH WĄTROBY.

Żądajcie naturalnej wody Contrexeville.

OMIJAJCIE SZTUCZNE WODY.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i drogerjach.



WODA NATURALNA MINERALNA

Kissinger Rakoczy

przeciwko nieżytom żołądka, jelit i otłuszczeniu, leczy choroby złej przemiany materji.

SPRZEDAŻ WE WSZYSTKICH APTEKACH I DROGERJACH.

ŻĄDAJCIE PRAWDZIWEJ NATURALNEJ WODY KISSINGER RAKOCZY I OMIJAJCIE SZTUCZNE WODY.

Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 6-7. WARSZAWA, CZERWIEC — LIPIEC 1929. ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU.

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha.
Kierownik dr. medycyny Czesław Otto.

Przyczynek do kazuistyki włośnicy (Trichinosis).

Podał dr. Aleksander Stanisław Krasuski asystent oddziału.

(dokończenie)

Przyp. I.

Chora Z. M. lat 42. przybyła na oddział z powodu stanu gorączkowego i ogólnego osłabienia. Cierpienie rozpoczęło się 5 dni temu. Początek cierpienia stopniowy, chorej dokuczały dreszcze, bóle głowy, ogólne niedomaganie. Zaburzeń żołądkowych chora nie miała, wypróżnienia były codzienne, oprócz wyżej wspomnianych dolegliwości dokuczały jej bóle w mięśniach rąk i nóg oraz trudność otwierania ust. Szersze roztwieranie ust i gryzienie pokarmów sprawiało jej dotkliwy ból. Od 3 dnia choroby zjawił się obrzęk kończyny górnej i dolnej lewej. W chwili przybycia do szpitala stwierdzono u chorej temperaturę 38^0 C. Skóra i błony śluzowe blado różowe. Źrenice równe, na światło i przystosowanie oddziaływają sprawnie. Odruchy kolanowe żywe. Gruczoły chłonne na szyji, w pachwinach i pod pachami nie powiększone. Badanie fizykalne zmian w płucach nie stwierdziło.

Serce o granicach nie poszerzonych. Tony serca czyste nie akcentowane. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny, wątroba i śledziona nie macalne. Twarz chorej ma wyraz uśmiechnięty, mięśnie zwaczy z obu stron napięte, twarde, przy dotykaniu bolesne, otwieranie ust możliwe do połowy normalnej szerokości. Kończyny górna i dolna lewa w chwili badania znacznie obrzęknięte wtedy, gdy na kończynie górnej i dolnej prawej obrzęku nie stwierdzamy. Chorej dokuczają bardzo obfite poty. Skóra chorej blado-różowa bez jakichkolwiek wykwitów. Mocz o ciężarze wł. 1022. barwy ciemno pomarańczowej, oddziaływanie moczu kwaśne. Białka ani cukru nie wykryto, Urobi-

liny nie stwierdzono. Badanie drobnowidzowe wykazało obfite nabłonki płaskie z zewnętrznych narządów płciowych oraz pojedyńcze leukocyty, wałeczków nie stwierdzono. Odczyn dwuazowy w moczu wypada dodatnio. Badanie morfologiczne krwi wykazuje ciałka czerwone w ilości 4.850.000, ciałka białe 9.200. Hemoglobiny 85%. Przy badaniu preparatów krwi barwionych stwierdzamy eozynofilję wynoszącą 20%. Badanie kału jaj pasorzytów nie stwierdziło. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny, również ujemny wynik daje odczyn Vidala we krwi. Zawartość mocznika w surowicy krwi wynosiła 0.39 w litrze. Chlorki surowicy krwi 0.39. Wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi wynosił 6.3. Cukier we krwi 0.11 (określano metodą Bertranda).

Biorąc pod uwagę wysoką eozynofilję przy braku jaj pasorzytów w kale, przyszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z zakażeniem włośnicowem.

Chora przebywała w szpitalu 2½ miesiąca. Stan gorączkowy utrzymywał się w ciągu sześciu tygodni. Gorączka w tym okresie nie przekraczała 38.5°C. Eozynofilja, wynosząca przy pierwszem określeniu 20%, ulegała w pierwszych tygodniach nieznacznym wahaniom, jednakże muszę zaznaczyć, że nadal zmniejszała się stopniowo i przy wypisaniu chorej ze szpitala wynosiła 8%. Po wyjściu ze szpitala chora jeszcze przez kilka miesięcy nie mogła dobrze chodzić, przy chodzeniu odczuwała bóle w mięśniach nóg. Skurcz mięśni zwaczy przechodził dość powolnie.

Chorą leczyliśmy podawaniem środków czyszczących oraz stosowaliśmy do wewnątrz tymol w ilości 0.5 gr. na dawkę 3 razy dziennie. W pierwszych tygodniach przebywania w szpitalu 3 razy stosowaliśmy neosalvarsan w ilości 0.3 gr. na dawkę, a to w celu ogólnego zdezynfekowania chorego organizmu i zadziałania ewentualnego na krążące we krwi młode postacie włośnic. Co do zalecanego przez Matthesa roztworu tymolu w oliwie to muszę zaznaczyć, że stosowałem go w zastrzykach domięśniowych, jednakże leczenia tego musiałem zaniechać z powodu skarg chorej na ból po zastrzyku.

Co do wyżej wspomnianych obrzęków kończyn górnej i dolnej lewej to muszę zaznaczyć, że stosowanie środków moczopędnych jak diuretyna, napar z miłka wiosennego, skutku tu nie wywarło żadnego. Diureza przy stosowaniu tych środków wzmogła się nieznacznie, obrzęki jednak pozostały w stanie niezmiennym. Wobec słabego działania wyżej wspomnianych środków, zastosowano domięśniowo „Novasurol", który po trzykrotnem stosowaniu w pięciodniowych odstępach czasu wzmocnił znacznie diurezę, jednakże obrzęki pozostały w poprzedniej mierze.

W celu zwalczenia obrzęku stosowałem drenowanie tegoż. Przez 2 doby wyciekło płynu około 2¼ litra — obrzęki jednakże pozostały jeszcze bardzo znaczne.

Wobec tego uciekłem się do stosowania ogólnych kąpieli w wodzie słonej oraz stosowania okładów z płynu Bourowa pod ceratką. Przy stosowaniu tych zabiegów obrzęki ustąpiły w ciągu 2 tygodni. Mam wrażenie, że wspomniane tu obrzęki były spowodowane przez miejscowe zaburzenia w krążeniu, wywołane usadowieniem się w mięśniach włośnic, i dzięki temu stosowanie środków miejscowych miało dobry efekt leczniczy.

Przyp. 2.

Chora lat 29. Cierpienie zaczęło się od bólów głowy, bólów w łydkach, którym towarzyszyło podniesienie się ciepłoty do 39° C. Chorej dokuczały obfite poty przez pierwsze dwa tygodnie. Zaburzeń żołądkowych nie było. Na drugi dzień choroby zjawiły się dość znaczne obrzęki pod oczami.

Chora budowy dobrej. Skóra i błony śluzowe bladoróżowe. Źrenice równe, na światło i przystosowanie oddziaływają sprawnie. Odruchy kolanowe znacznie wzmożone. Badanie fizykalne zmian w płucach i sercu nie wykrywa. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny, wątroba i śledziona nie macalna. Na skórze wykwitów żadnych nie stwierdzono. Powieki obrzękłe dość znacznie na obu oczach, zarówno górne jak i dolne. Skóra na nich zaczerwieniona, połyskująca. Mocz o odczynie kwaśnym, barwy ciemno-pomarańczowej o c. wł. 1019. Białka ani cukru w moczu nie wykryto. Osad: obfite nabłonki płaskie z zewnętrznych narządów płciowych i pojedyńcze leukocyty, dość obficie szczawiany wapnia. Odczyn dwuazowy w moczu ujemny. Odczyn Vidala we krwi ujemny. Badanie krwi wykazuje ciałka czerwone w ilości 4.920.000, ciałka białe 8.730. Hemoglobina 83%. Eozynofilja w czasie trzytygodniowego okresu przebywania w szpitalu wahała się w granicach 24 — 12%. Badanie kału jaj pasorzytów nie wykazało.

Cierpienie u tej chorej znamionował lekki przebieg. Stosowałem tymol w ilości 0.3 gr. 3 r. dziennie oraz środki czyszczące. Chora po trzytygodniowem leczeniu opuściła szpital zdrowa bez jakichkolwiek dolegliwości.

Przyp. 3.

Chora lat 19. Cierpienie zaczęło się nagle bólami głowy, ogólnem niedomaganiem przy temperaturze do 38⁰ C. Badanie fizykalne zmian w płucach i sercu nie wykazało. Skóra blado-różowa bez wykwitów. Ze strony systemu nerwowego zmian nie stwierdzono. Odruchy kolanowe w granicach normy. Badanie moczu: białka ani cukru nie wykryło, c. wł. moczu 1018, odczyn dwuazowy ujemny. Badanie krwi wykazało: Hemoglobiny 80⁰/₀, c. czerwone w ilości 4.100.000, ciałka białe 9100. Eozynofilja wahała się w granicach od 14 — 6⁰/₀. Odczyn Vidala we krwi ujemny. Badanie kału jaj pasorzytów nie wykazało. Chora leczyła się w szpitalu 2 tygodnie i wypisana została w dobrym stanie zdrowia.

Przechodząc do sumarycznego omówienia podanych przypadków, musimy zaznaczyć, że tylko w pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z zakażeniem włośnicowem ciężkiem. Być może, że wchodzi tu w grę sprawa wieku, o czem wspomina Biegański, a być może, że stopień schorzenia był tu uwarunkowany ilością spożytych włośnic z zakażonem mięsem. Wszystkie nasze chore wyzdrowiały. Okres trwania choroby był wprost proporcjonalny do ciężkości zachorzenia. Okres rekonwalescencji również zależny był od ciężkości cierpienia

Badanie kału w żadnym z moich przypadków nie doprowadziło do wykrycia włośnic. Również dało ujemny wynik poszukiwania form młodych we krwi po uprzedniem zadziałaniu jej kwasem octowym i odwirowaniu. Ciśnienie krwi było zachowane w granicach normy. Eozynofilja wahała się w granicach 24 — 6⁰/₀.

Przy leczeniu moich przypadków stosowałem do wewnątrz środki czyszczące i tymol. Stosowanie novarsenobenzolu w postaci wlewań dożylnych uważam w pierwszym okresie choroby za bardzo celowe.

Literatura:

Natanson L. Protokół posiedzenia P. T. L. W. 1860 XI. III. 445.
Seifman P. O włośniku i włośnicy. Warszawa 1860 r.
Mizerski A. Tyg. Lek. 1866 XX. 17. Przegl. Lek. 1866 V. 88 1869 VIII. 46. 98. 128. 1871 X. 24. 104.
Brodowski. Prot. pos. PTLW. 1866. XVI. 412.
Traite de Medecine Roger T. V. 1924 r.
Strümpell. Lehrbuh der Inneren Med. 1922.
Mehring. Tłumaczenie rosyjskie 1923 artykuł Merttesa.
Tendeloo Lehrbuch der Algemeinen Pathologie 1924.
Matthes. Differential Diagnostik (tłumaczenie rosyjskie) 1924 r.

Klimat wysokogórski i jego wskazania w lecznictwie gruźlicy.

Podał dr. Edward Wajs.

Lat temu trzydzieści — czterdzieści uważano, że klimat wysokogórski jest najzupełniej odpowiedni dla wszystkich chorych płucnych. W lecznictwie nie kierowano się bynajmniej formą cierpienia, i stadjum jego rozwoju ani indywidualnością chorego, wprost przeciwnie, uważano wtedy przez długi okres czasu klimat wysokogórski za pewnego rodzaju niezawodne panaceum przy wszystkich formach gruźlicy.

Bezpowrotnie i bezapelacyjnie minęły czasy, gdy chorych gruźliczych kierowano w celu leczenia „na południe”, „nad morze” i wreszcie „w góry”.

Dzięki dużemu materjałowi, wielostronnym obserwacjom z labiryntu uprzedzeń, z chaosu przekonań i wiary w pewne teorje, zaczęły się wyłaniać nowe fakty, które jak drogowskazy nad wielkim oceanem nauki pozwoliły odróżnić pewne ścieżki, pozwoliły ustalić pewne więcej określone kierunki postępowania lekarskiego. Zaczęto rozumieć na podstawie olbrzymiej ilości obserwacji, dlaczego w jednym przypadku gruźlicy jest wskazany klimat wysokogórski, w drugim nadmorski i t. p.

Klimatem wysokogórskim będziemy nazywać klimat alpejskich miejscowości (lub podobny) na wysokości 1200 — 2000 mtr. nad poziomem morza.

Klimat ten odznacza się kilkoma cechami, na które pozwolimy sobie zwrócić uwagę czytelnika.

1) Miejscowości, położone w klimacie wysokogórskim (t. j. na wysokości 1200 — 2000 mtr. nad poziomem morza), odznaczają się niskim ciśnieniem powietrza, przyczem różnica ciśnienia barometrycznego wynosi około 80 mm. przy różnicy wysokości poziomów 1000 i 2000 mtr.

W zeleżności od wzniesienia nad poziomem morza zmniejsza się zawartość części stałych w powietrzu, zmniejsza się wybitnie ilość

drobnoustrojów, powietrze staje się więcej czyste, więcej jałowe, i jednocześnie z tym, choć niezależnie od powyższego, zmniejsza się równolegle ciepłota powietrza. Zmniejszanie ciepłoty powietrza w zależności od wysokości nad poziomem morza nie jast zależne od stopnia szerokości geograficznej i wynosi 0,5^0 C., na każde 100 mtr. wysokości w przybliżeniu. Oczywiście, pora roku odgrywa w danym wypadku wpływ wyraźny, gdyż największe różnice ciepłoty powietrza widzimy latem, najmniejsze zimą.

Wilgotność powietrza zmniejsza się równolegle ze zwiększeniem wysokości. Dzięki tej właśnie suchości chorzy szybko przestają się pocić, gdyż wobec ułatwionego parowania pot należy do rzadkości, dzięki tejże suchości płynne a jednocześnie odżywcze pokarmy, mleko, (kumys), są daleko lepiej znoszone niż zwykle. H. Weber (cyt. w/g. Sokołowskiego) zaznacza dobroczynny wpływ suchego powietrza na gojenie się owrzodzeń gruźliczych, które w warunkach klimatu wysokogórskiego przedstawiają powierzchnię bardziej suchą i więcej są skłonne do gojenia.

Dane te warunkują umiarkowane mrozy zimą i umiarkowane wzniesienia ciepłoty latem. Jest to, podkreślamy, jeden z najważniejszych warunków istnienia wielu stacji klimatycznych wysokogórskich.

Drugim warunkiem niezmiernie ważnym jest czystość powietrza.

Badania Miquel'a przeprowadzone nad powietrzem atmosferycznym rozmaitych miejscowości wykazały niezbicie prawie zupełną jałowość powietrza wysokogórskiego.

Na czystość powietrza w klimacie wysokogórskim składa się kilka czynników, a mianowicie: brak kolei, fabryk, rzadkość osiedli ludzkich w stosunku do powierzchni terenu, rolniczo-pasterski rodzaj życia ludności, a nie fabryczno-przemysłowy, przyczem i to nieznaczne zanieczyszczenie powietrza, które następuje w tych nawet warunkach, ulega bardzo szybkiemu zmniejszeniu się.

Dzięki sile promieni słonecznych powietrze na wyżynach nagrzane (i zanieczyszczone) szybciej wentyluje ku górze, niż na nizinach. Do utrzymania czystości powietrza przyczynia się między innemi kilkomiesięczny okres czasu, gdy góry bez przerwy są pokryte śniegiem.

Dzięki temu, że powietrze wysokogórskie jest czyste i suche pochłanianie promieni słonecznych jest mniej intensywne, dzięki czemu insolacja jest znacznie bogatszą. Do tego dodać należy dłuższy dzień słoneczny w górach i względną czystość nieba (znacznie mniejsza ilość chmur).

Badania niektórych (O. Amrein) wykazują zwiększoną ilość dodatniej elektryczności i dużą zawartość emanacji radowej w powietrzu wysokogórskim.

Działanie klimatu wysokogórskiego opiera się na zwiększeniu ilości hemoglobiny, ilości czerwonych ciałek krwi. Wielokrotnie znajdywano przy badaniu krwi nawet formy jądrzaste (normoblasty). Oprócz tych objawów regeneracji krwi, również zmianom ulega ciśnienie krwi i występują na widownię zmiany regeneracyjne szpiku kostnego. Badania ostatnich lat wykazują cały szereg zmian, jakim podlega układ leukocytarny pod wpływem klimatu wysokogórskiego.

Równolegle ze zwiększeniem wysokości nad poziomem morza zwiększa się liczba lymphocytów, zmniejsza się odwrotnie ilość wielojądrzastych, liczba mononuclearów i form przejściowych ulega równolegle odpowiedniemu zwiększeniu.

Wpływ leczniczy klimatu wysokogórskiego okazuje się zupełnie wyraźnie na oddychaniu i krwioobiegu.

Zmniejszenie zawartości tlenu w powietrzu powoduje zwiększenie ilości krwi przepływającej w danym czasie przez płuca. Pogłębienie oddechu i wzmożenie działalności serca powoduje wzmocnienie mięśnia sercowego.

Pobudliwość ośrodka oddechowego (Fritz Rohrer) w klimacie wysokogórskim znacznie się zwiększa, i to zwiększenie utrzymuje się czas dłuższy (do 15 dni).

Przyspieszenie się oddechu powoduje większe przewietrzanie płucne, stąd mniejsza być musi prężność CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, ponieważ zaś prężność CO_2 pęcherzykowego, jak wynika z wielokrotnych badań doświadczalnych i rozważań teoretycznych równa się liczbowo prężności CO_2 w tętnicach — przeto musi się obniżyć i CO_2 we krwi tętniczej.

W chwili obecnej przy zalecaniu chorym wyjazdów do miejscowości kuracyjnych w pasie wysokogórskim musimy brać zawsze pod uwagę cały szereg przeciwskazań, z których, wedle Neumanna, wyliczyć należy:

a) Krwotoki płucne u chorych gruźliczych, gorączkujących z objawami niedomogi mięśnia sercowego.

b) Przypadki gruźlicy jamistej III okresu z ciężkim kaszlem i dużą wydzieliną.

c) Gruźlica jelit, otrzewnej, (szczególnie ciężkie formy) z jednocześnie utrzymującemi się daleko zaawansowanemi zmianami w płucach.

d) Gruźlica nerek przy jednocześnie istniejącej gruźlicy płuc.

e) Rozedma płuc z objawami zaostrzonego nieżytu oskrzeli.

f) Niewyrównane wady serca, schorzenia mięśnia sercowego, szczególnie rozszerzenie serca i ciężkie postacie miażdżycy.

g) Przewlekłe zapalenie nerek.

h) Cukrzyca (ciężkie postacie).

k) Białaczka, pseudobiałaczka, niedokrwistość złośliwa.

l) Ciężkie postacie gośca i dny.

Wskazaniami do stosowania klimatu wysokogórskiego są.

a) Gruźlica gruczołowa, nawet z podwyższeniami ciepłoty.

b) Postacie ukryte („maski" Sokołowskiego).

c) Habitus phtisicus.

d) Formy wysiękowe.

e) Rachitis i skrofuloza u dzieci.

f) Nieżyty szczytów płucnych.

g) Postacie nacieczenia górnych płatów płucnych.

Jest jasnem, że wcześniejsze przypadki dają lepsze rokowanie. Szczególniej formy gruźlicy dziecęcej (chirurgicznej) i gruczołowej dają najlepsze wyniki: ciepłota szybko opada do normy. Objawy czynnej gruźlicy szybko znikają i otrzymane wspaniałe wyniki tembardziej przyczyniają się do ustalenia uzdrawiającej opinji klimatu wysokogórskiego w schorzeniach gruźliczych.

Teodor Wiliams na podstawie olbrzymiego materjału statystycznego dochodzi do przekonania, że najlepsze wyniki lecznicze przy najmniejszej ilości nawrotów daje tylko klimat wysokogórski, przyczem podaje, że w postaciach gruźlicy jamistej miał 45% zaleczeń w postaciach nacieczenia jednego lub 2 płatów płucnych — do 83%.

W Polsce do klimatu wysokogórskiego zaliczyć możemy jedynie Zakopane.

Spór o żelazo.

podał Dr. Stefan Kramsztyk.

Dookoła farmakologicznych własności związków żelaza toczy się od roku w odnośnych sferach naukowych ciekawy spór. Należy zaznaczyć, że zagadnienie działania na ustrój przetworów żelaza stało się dopiero od niedawna przedmiotem ścisłych badań doświadczalnych. Można powiedzieć, że właśnie badania naukowe z ostatnich trzech lat pozwoliły rzucić nowe światło na zagadnienie leczenia żelazem i dać trwalsze podstawy farmakologiczne dla racjonalnego podawania tego metalu.

Jak wiadomo, uznawano dotychczas trzy sposoby działania żelaza, a mianowicie: dostarczanie twórczego materjału dla czerwonych ciałek krwi, działanie pobudzające na narządy wytwarzające krew i wreszcie rolę katalizatora, wpływającego na oddychanie tkanek. Otóż w ostatnich czasach szczególnie i wielostronnie opracowywano sprawę przyczyn chemicznych katalitycznego działania żelaza zarówno w probówce jak i w przebiegu procesów fizjologicznych. W pierwszym rzędzie należy tu przytoczyć prace Warburga. Według tego badacza żelazem ważnem pod względem czynnościowym jest żelazo związane; znaczenie polega na udziale jego w sprawach oddechowych komórki. Do substancyj, które uczestniczą w chemicznej przemianie materji, należy zawsze jakiś zaczyn; obecność jego jest koniecznym warunkiem dla przebiegu reakcyj chemicznych. Zdaniem Warburga dla procesów chemicznych utleniających — żelazo jest nieodzownym zaczynem względnie katalizatorem. W ten sposób czynność oddychania można sobie wyobrazić jako katalizę wywołaną przez metal. Warburg przyjmuje, że żelazo znajdujące się w luźnym ale złożonym związku na powierzchni komórek łączy się z tlenem cząsteczkowym przez co powstaje czynny nadtlenek. Obecność żelaza jest konieczną, aby tlenowi wziętemu z powietrza, dać dopiero możność przeistoczenia się w substancję chemicznie czynną.

Ogromną rolę przypisuje również Warburg węglanom i dwuwęglanom żelaza, dowodząc, że połączenie żelaza z kwasem węglowym jest jedną z głównych podstaw asymilowania kwasu węglowego, tej najważniejszej reakcji wszelkiego życia na ziemi. Prace Warburga odegrały wielką rolę w poznaniu działania żelaza na ustrój i były punktem wyjścia dla dalszych badań w tej dziedzinie, które zostały dokonane w ciągu ostatnich trzech lat.

Działanie żelaza w postaci związku, zawartego w świeżych żelazistych wodach mineralnych, już od wieków nie ulegało wątpliwości. Można w tem miejscu przytoczyć historyczne zdanie Boerhave'go, holenderskiego lekarza i naturalisty z początków XVIII wieku: „In ferro aliquid divinum est, sed nunquam praeparata eius artificiala id operantur, quod acidulae martiales". Ale dopiero w ostatnich dwuch

latach na żelazo zawarte w naturalnych wodach mineralnych, została zwrócona szczególna uwaga. Okazało się bowiem, że z nieznaczną ilością zawartego w nich żelana złączone są katalityczne właściwości świeżych wód mineralnych jak Vichy, Francensbadska, Wiesbadeńska i in. i że to żelazo odznacza się szczególnemi własnościami. Poznanie tych własności zawdzięcza nauka badaniom uczonych amerykańskich Baudischa i Welo, którzy, dążąc do znalezienia przyczyny „starzenia się” świeżych wód mineralnych, zdołali wykryć zupełnie nieznane dotychczas właściwości niektórych związków żelaza.

Z badań tych okazało się, że rozpuszczone w świeżej, zaczerpniętej ze źródła wodzie mineralnej naturalnej dwuwęglany żelaza, a z których przez dopływ powietrza wydzielają się wodorotlenki jako osad stały, posiadają zdolność aktywowania tlenu, co daje się stwierdzić przez próbę benzydynową. (Rozczyn benzydyny w kwasie octowym w obecności 3% wody utlenionej pozostaje bezbarwnym). Wystarcza jednak minimalna ilość krwi, względnie żelaza „aktywnego”, aby rozczyn ten zabarwić natychmiast na niebiesko. Próbę benzydynową dają świeżo powstałe t. zw. aktywne dwuwęglany żelaza lub wodorotlenki, jednakże już w ciągu kilku minut te aktywne sole przeobrażają się w przestarzałe i „nieczynne”.

Baudisch i Welo doszli do wniosku, że sole nieorganiczne, zawarte w świeżej wodzie mineralnej, znajdują się tam w stanie chwiejnym, „aktywnym”, który po pewnym czasie przechodzi w stan stały „nieczynny”.

Ci sami uczeni poddali badaniom uwodniony żelazocyanek o bardzo skomplikowanym wzorze: $Fe^{OH_2}_{(NC)_5} Na_3$ i stwierdzili, że związek ten daje intensywną próbę benzydynową nawet w rozcieńczeniu 1/200.000. Ale nietylko przez dodatnią próbę benzydynową, lecz i przez inne własności ciekawy ten związek żelaza podobny jest do barwnika krwi. Tak np. wpływa on również jak i krew na rozrost bakterji. Jak wiadomo niektóre rodzaje drobnoustrojów chorobotwórczych rozwijają się w postaci jadowitej wtedy, gdy do podłoża dodana jest krew. Otóż to samo działanie wywiera powyższy związek żelaza dodany w ilości 0,002 miligrama do centymetra^3 pożywki. Na podstawie takich faktów Baudisch i Welo wysnuwają wniosek, że czynne związki żelaza, które w najprostrzej swej postaci zawarte są w świeżych wodach mineralnych, koniec końców przedstawiają sobą na bardziej prostą postać, jakąś „prapostać” krwi.

W dalszym ciągu wspomniani badacze zbadali przeistoczenia, jakim podlega inny związek żelaza t. zw. magnetyt ($Fe\ 0\ Fe_2\ 0_3$). Pod wpływem różnych temperatur w obecności tlenu zdołali oni z tego materjału otrzymać dwa różne tlenki żelaza ($Fe_2\ O_3$), o jednakowym składzie analitycznym, z których jeden był silnie magnetycznym, drugi

zaś zupełnie pozbawiony własności magnetycznych. Za pomocą metody interferencyjno-rentgenologicznej okazały się różnice w budowie atomowej obu tych preparatów. Przedewszystkiem jednak ważnem zjawiskiem okazał się fakt, że przetwór żelaza obdarzony własnościami magnetycznemi jednocześnie dawał silnie dodatni odczyn benzydynowy w przeciwieństwie do niemagnetycznego.

Do podobnych wyników doszli również Wedekind i jego współpracownicy. Potwierdzili oni fakt istnienia kilku tlenków żelaza różniących się między sobą różnym stopniem magnetyzmu i działania katalitycznego, choć obie te własności niekoniecznie muszą być zupełnie równoległe.

Baudisch i Welo na podstawie wyników swych doświadczeń dopuszczają zatem istnienie dwojakiego rodzaju związków: „aktywnych" i „nieaktywnych". Cechą związków aktywnych, do których należą pewne złożone żelazocyanki, magnetyczny tlenek żelaza i in. jest dodatni odczyn benzydynowy, wpływ na rozrost drobnoustrojów i absorpcja tlenu. Hypoteza żelaza aktywnego powinna posiadać ogromne znaczenie nietylko dla zagadnienia wód mineralnych, ale dla całej sprawy żelazoterapji wogólności. Jeżeli, jak słusznie podnosi Heubner, istnieją pewne postacie żelaza o wzmożonej sile katalitycznej, to należy przypuścić, że i dla żywego ustroju inne zupełnie znaczenie mają aktywne formy żelaza aniżeli nieaktywne.

Przypuszczenie to znalazło już swe potwierdzenie w badaniach Bickla i jego współpracowników. Przy stosowaniu opracowanej przez siebie metody określania węgla i azotu w moczu i obliczania ilorazu C:N Bickel stwierdził wybitne wzmożenie tego ilorazu przez podawanie królikom świeżej mineralnej wody Elster lub żelaza aktywnego. Ta sama dawka żelaza nieaktywnego żadnego wpływu na dany wskaźnik nie wywierała. Zwiększenie się ilorazu przy podawaniu aktywnego tlenku żelaza wywołane jest przedewszystkiem przez silne zmniejsze-

nie się ilości wydzielanego azotu, podczas gdy absolutne ilości węgla zawartego w moczu prawie zupełnie nie ulegają zmianie. Czynny tlenek żelaza wpływa zatem hamująco na utlenianie cząsteczek zawierających azot i w ten sposób ułatwia przyswajanie tego ostatniego. Jest rzeczą godną szczególnej uwagi, że już drobne ułamki miligrama obliczone na żelazo jako pierwiastek na kilogram wagi ciała, podawane w postaci tych aktywnych związków wystarczają, aby wywołać opisane powyżej silne zmiany w przemianie materji. Bickel dochodzi do wniosku, że w doświadczeniach tych dokonanych na królikach, udało mu się wykryć „takie działanie żelaza na przemianę materji, o jakiem medycyna dotychczas nic nie wiedziała".

Również i współpracownicy Bickla, Wada, Remesow i Rosenkranz stosują jego metodę, wykazali, że otrzymany sposobem Baudischa aktywny tlenek żelaza przy podawaniu doustnem wywiera wybitny wpływ na białkową przemianę materji, a w drugim rzędzie także i na utlenianie tłuszczów i węglowodanów. Wogólności przy podawaniu tego środka zwierzętom można uzyskać lepsze wykorzystanie pokarmu w jelitach, retencję azotu, ograniczenie utleniania białka. Dzięki zbadaniu całego tego działania czynnego tlenku żelaza na przemianę materji, które właściwe jest również i świeżo zaczerpniętej ze źródła żelazistej wodzie Elster (Bickel, Gleichmann i Taslakowa), stwierdzony został ogólnie tonizujący wpływ tego nowego związku.

Powstało wtedy oczywiście pytanie, czy aktywny tlenek żelaza działa również na regenerację krwi i czy pod tym względem działanie jego przewyższa działanie tlenku biologicznie nieczynnego. Doświadczenia wykonane na królikach przez Brodskiego nie dały pod tym względem żadnego wyniku i dopiero praca Moldawskiego z kliniki pedjatrycznej Czernego w Berlinie dała pierwsze podstawy kliniczne dla oceny nowego przetworu żelaza. Na podstawie swych obserwacji dokonanych na niemowlętach i noworodkach, Moldawsky dochodzi do wniosku, że działanie żelaza aktywnego i w zakresie leczenia wszelkiej niedokrwistości odpowiada działaniu jego w innych dziedzinach. Przez badania porównawcze z innemi przetworami żelaza mógł Moldawsky odnieść wrażenie, że nowy środek pozwala z powodzeniem „walczyć z temi rozpowszechnionemi i różnorodnemi, szczególnie w wieku dziecięcym spotykanemi postaciami anemji, wobec których medycyna była dotychczas prawie bezsilną".

Do nader dodatnich wyników z aktywnym tlenkiem żelaza dochodzi również i Goldbloom. Goldbloom na podstawie badań klinicznych nad przemianą materji przy podawaniu aktywnego tlenku żelaza wypowiada zdanie, że przetwór ten „jest najsilniej działającem i jednocześnie najmniej jadowitem roborans i tonicum, jakiem obecnie

rozporządzamy". Podobnie jak w doświadczeniu na zwierzętach, tak też i u ludzi stosowanie aktywnego żelaza powoduje poprawę wchłaniania pokarmu w jelitach, retencję azotu i ograniczenie utleniania białka, wzmożenie ilorazu C:N i powiększenie wagi ciała. Zdaniem Goldblooma, przy zupełnej niejadowitości aktywny tlenek żelaza posiada właściwy arsenowi potężny wpływ na przemianę materji i nadaje się przeto dla wszystkich chorych i ozdrowieńców, u których ma być osiągnięte ogólnie tonizujące działanie. Charakterystyczne jest, że autor używał małych dawek — 5 miligramów na kilogram wagi ciała dziennie.

Jeżeli z jednej strony spotykamy się w ostatnich czasach z tak entuzjastycznemi zdaniami o działaniu aktywnego tlenku żelaza, to z drugiej należy wspomnieć i o poglądach, które twierdzą, że idzie tu poprostu o „funkcję jonów żelazowych w pewnej określonej skali koncentracji i pewnej liczbie jonów wodoru" (Simon — Koetschau), że aktywność uwarunkowana jest tylko dwuwartościowością żelaza (Schoeller-Rothe, Heubner), że wreszcie magnetyzm i próba benzydynowa nie idą w parze z innemi własnościami żelaza aktywnego (Rosenfeld). Wyniki jednak dotychczas opublikowane są tak przekonywujące, że sprawa żelaza aktywnego stała się pierwszorzędnym zagadnieniem w całej dziedzinie żelazoterapji. Dość wspomnieć w tem miejscu te przytaczane przez Moldawskiego przypadki, które zupełnie nie reagowały na różne przetwory żelaza, a wykazywały wybitną poprawę wnet po podaniu tlenku żelaza, magnetycznie czynnego.

Otóż teorja o swoistem działaniu żelaza czynnego, tak jak ją wytworzyli z jednej strony Baudisch i Welo, z drugiej zaś Bickel i jego uczniowie, spotkała się z dowodami przeciwnemi. Opozycję stanowią tu Starkenstein, farmakolog praski, oraz Fresenius i Harpuder z Wiesbadenu.

Starkenstein, aby dokładnie poznać działanie róznych oddawna stosowanych w medycynie przetworów żelaza, zajął się badaniem tych ostatnich zarówno pod względem chemiczno-biologicznym jak i farmakologicznym. Starkenstein doszedł do wniosku, że stopień działania tego czy innego związku żelaza na ustrój zależy przedewszystkiem od jego wartościowości, t. j. stopnia utlenienia. Zarówno w organicznych jak i nieorganicznych związkach żelazo znajdować się może jako

żelazo dwuwartościowe czyli w postaci związku żelazawego, albo jako żelazo trójwartościowe w postaci związku żelazowego. Starkenstein dowodzi, że między żelazawemi a żelazowemi związkami zachodzi zasadnicza różnica: podczas gdy związki żelazawe nawet w najsilniejszem stężeniu nie strącają białka, sole żelazowe bez względu na charakter samego kwasu mają działanie strącające. Co się tyczy strony farmakologicznej, to okazało się, że przy wprowadzeniu pozajelitowem tylko sole żelazawe wywołują działanie farmakologiczne, które może być uważane jako działanie żelaza, względnie katjonu żelaza. Sole żelazowe okazały się zupełnie nieczynnemi z punktu widzenia farmakologicznego. Jeżeli idzie o działanie związków żelaza wprowadzanych doustnie, to doświadczenia przeprowadzone przez Starkensteina wykazały, że wchłanianiu podlegają zarówno żelazawe jak i żelazowe związki żelaza. O działaniu przetworu żelaza stanowi nie ta czy inna droga wprowadzenia jego do ustroju, lecz stopień jego utlenienia i sposób związania. W ten sposób olbrzymia większość nieofficynalnych przetworów żelaza należy do farmakodynamicznie nieczynnych związków żelazowych czyli trójwartościowych; trójwartościowe jest również i żelazo aktywne w znaczeniu Baudischa i Bickela.

Fresenius i Harpuder przedsięwzięli kroki w celu dalszego wyjaśnienia roli żelaza w przemianie materji, pragnąc oprzeć je na mocnej podstawie doświadczalnej. Dlatego poddali oni sprawdzeniu wyniki doświadczeń Goldbloom, dotyczące wpływu żelaza aktywnego na wydzielanie azotu i węgla u ludzi. Zdaniem Freseniusa i Harpudera żelazo aktywne nie powoduje żadnej zmiany w „ilorazie moczowym", t. j. w stosunku C : N, przynajmniej takiej zmiany, która znajdowałaby się poza granicami normalnych wahań. Powyżej wspomnieni autorowie odrzucają dlatego hypotezę Bickela o szczególnych własnościach biologicznie czynnego żelaza.

Spór daleki jest jeszcze od ostatecznego rozstrzygnięcia, gdyż po pierwsze obie strony przytaczają przeciwko sobie wysoce subtelne zarzuty naukowe (por. Klinische Wochenschrift Nr. 17 z r. 1929), po drugie ukazują się wciąż nowe prace, potwierdzające wyniki Bickela i jego szkoły co do własności żelaza czynnego.

I tak Bickel zdołał stwierdzić, że przez podawanie żelaza aktywnego udaje się u szczurów wywołać wzmożenie wzrostu oraz jak wykazały chemiczne badania szczurów zabijanych, w ustroju tych zwierząt karmionych poprzednio żelazem czynnem, można było znaleźć duże względnie ilości żelaza. Te własności cechują specjalnie żelazo aktywne, które daje dodatni odczyn benzydynowy i jest magnetycznie czynne.

Z badań Arnoldi'ego okazało się, że przy podawaniu szczurom aktywnego tlenku żelaza po upływie dni 14 występuje wzmożenie

zużycia O_2 i podniesienie się wagi ciała. Tenże autor zdołał również i u dwóch pacjentów przy podawaniu aktywnego związku żelaza stwierdzić podniesienie się podstawowej przemiany materji.

Doświadczenia Arnoldi'ego wykonane zostały w II Klinice Wewnętrznej Uniwersytetu Berlińskiego.

Zimmer (Magdeburg) potrafił stwierdzić, że żelazo czynne w przeciwieństwie do zwykłego jest w stanie podnieść podstawową przemianę materji i objaśnia to działaniem na układ wewnątrzwydzielniczy.

Bause (Bad Münder) dowodzi skuteczności działania przetworów żelaza czynnego ewent. w połączeniu z witaminami we wszelkich postaciach niedokrwistości wtórnej, w blednicy, w niedokrwistości powstałej na tle ustrojowem i zawodowem, przyczem wpływ przetworu rozciąga się również i na zaburzenia gruczołów dokrewnych. Należy przypuścić, że sposób działania tego czy innego przetworu żelaża nie jest jeszcze dostatecznie zbadany i że dalsze badania naukowe przyniosą jeszcze wiele faktów nowych, ale wobec nagromadzonego już na tem polu znacznego materjału doświadczalnego i klinicznego można przyznać słuszność następującym słowom Bickela:

„Dla działania leczniczego nie jest miarodajnym fakt, czy dany preparat żelaza tworzy łatwo czy trudno jony tego metalu, ani też czy żelazo odszczepia się od niego łatwiej czy trudniej w pewnych granicach, lub czy stanowi on sobą związek dwu- czy trój-wartościowy, lecz wchodzi tu w grę przedewszystkiem fakt, czy żelazo dane przedstawia się jako biologicznie aktywne. Chodzi o to, czy dany przetwór żelaza na zasadzie swej budowy cząsteczkowej, wprowadzany doustnie, odpowiada tym warunkom, jakie dowiedzione zostały dla aktywnego tlenku żelaza w znaczeniu Baudischa".

Powyższe zdanie Prof. Bickela, wypowiedziane w r. 1928, znalazło, można powiedzieć, potwierdzenie swoje w niezmiernie ciekawych badaniach, jakie ogłoszone zostały w maju r. b. przez Theo Schwarza z Polikliniki Uniwersyteckiej w Heidelbergu.

Właśnie spór o żelazo aktywne, który posłużył za temat do niniejszego artykułu, zniewolił Theo Schwarza do przeprowadzenia badań nad różnemi preparatami żelaza przy użyciu subtelnej metody fizycznej. Za podstawę do badań obrał autor ów zjawisko fotoelektryczne, polegające na tem, że ciała naświetlane promieniami pozafioletowemi tracą elektrony. Opierając się na pracach fizyków Hallwascha i Lenarda, skonstruował Schwarz aparaturę, przy pomocy której, używając lampy kwarcowej jako źródła światła i elektroskopu jako miernika, doszedł do nader ciekawych wyników. Okazało się, że jeżeli idzie o elektroświetlną wrażliwość poszczególnych preparatów żelaza, to żelazo biologicznie czynne, posiadające własności magnetyczne i dające próbę benzydynową, jak tlenek Baudischa, wykazuje

jednocześnie i największą taką wrażliwość (sześciokrotnie silniejszą niż np. ferrum reductum).

Schwarz wyraża przypuszczenie, że stwierdzone przez wielu autorów szczególne działanie żelaza aktywnego na przemianę materji zależy właśnie od tej tak znacznej elektroświetlnej wrażliwości tego przetworu, a wraz z tem i od związanej z tą własnością „uwalniania się" elektronów.

Tak więc badania Schwarza, oparte podobnie jak i badania Baudischa i Welo na metodzie czysto fizycznej, otwierają dalsze horyzonty w zakresie stosowania preparatów żelaza. W każdym razie badania te pozwalają podkreślić fakt, że działanie żelaza czynnego na ustrój nie ogranicza się bynajmniej li tylko do działania bezpośredniego na skład krwi, ale że według wszelkiego prawdopodobieństwa sięga daleko głębiej, co wynika z badań Bickela i jego szkoły.

PIŚMIENNICTWO.

Starkenstein: Klin. Wochenschrift 1928, Nr. 5 i 6; Medizinische Klinik. 1927. Nr. 3.

Warburg: Biochem. Zeitschrift Tom 119 z r. 1921, tom 136 z r. 1923, 142 z r. 1923.

Baudisch i Welo: Die Naturwissenschaften 1925 zeszyt 36.

Bickel: Klin. Wohenschr. 1926 Nr. 43, Med. Klinik 1927, Nr. 3, Deutsche med. Wochen. 1928 Nr. 38, Biochem. Zeitschrift 1928, tom 199, Klin. Wochenschr. 1929 Nr. 17.

Wada: Biochem. Zeitschr. 1926.

Bickel, Gleichmann i Taslakowa: Zeitschr. für die Gesam. exper. Medizin 1927.

Moldawsky: Klin. Wochenschr. 1927 Nr. 42.

Schoeler i Rothe: Klin. Wochen. 1927 Nr. 8.

Rosenfeld: Biochem. Zeitschr 1927 tom 190.

Simon-Koetschau: München. med. Wochen. 1928 Nr. 3.

Wedekind: Die Naturwissenschaften 1927 zesz. 7.

Goldbloom: Deutsche med. Wochen. 1928 Nr. 11.

Remesow: Biochem. Zeitschrift Tom 186.

Rosenkranz: Biochem. Zeitschr. Tom 185.

Kramsztyk: Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1928 Nr. 14, 15 i 16.

Frezenius i Harpuder: Klin. Wochenschrift. 1929 Nr. 2 i 17.

Arnoldi: Folia Haematologica 1927 Nr. 35.

Zimmer: Deutsche med. Wochen. 1929 Nr. 12.

Bause: Fortschritte der Therapie 1929 zesz. 11.

Theo Schwarz: Klinische Wochenschrift 1929 Nr. 20.

Krwotok płucny, jego istota i zwalczanie.

podał Dr. med. A. Krasuski.

Większość krwawień płucnych zdarza się w wieku od 15 do 50 lat (93% Sorgo). Krwawienia z płuc przed 15 rokiem są rzadkością. Kobiety są mniej skłonne do krwawień niż mężczyźni. W fakcie tym większe znaczenie mają warunki życia płci, niż różnice płciowe.

U ludzi młodych krwawienie z płuc występuje często jako pierwszy objaw gruźlicy płucnej. Jednakże musimy zaznaczyć, że te krwawienia początkowe są często spowodowane już przez procesy rozpadowe. Zaznaczona u jednych osobników skłonność do krwawień, wtedy gdy u innych nie ujawnia się ona, naprowadziła na myśl o szczególnem usposobieniu w tym kierunku. Staechelin zaznacza, że gruźlicy skłonni do krwawień wykazują zmniejszoną krzepliwość krwi. Słuszną jest uwaga Sorgo, że przy braku uszkodzenia naczyń u tych osobników zmniejszona krzepliwość krwi nie może jeszcze dać sama przez się powodu do powstania krwawień. Schröder zwraca uwagę na fakt, że szczególną skłonność do krwotoków wykazują gruźlicy asteniczni o małym aplastycznym sercu. Strandgard wiąże również skłonność do krwawień z budową ciała. Należy tu zaznaczyć, że ludzie z wadliwą przemianą materji są bardzo skłonni do krwotoków. W obniżonej krzepliwości krwi gruźlików Magnus Alsleben widzi raczej przejaw działania samej gruźlicy, wyrażający się w gromadzeniu we krwi ciał hamujących krzepnienie, niż osobliwość konstytucjonalną. Zmniejszoną krzepliwość krwi Staechelin uważa za wynik zmian w krążeniu krwi spowodowaną wahaniami w zakresie układu nerwowego wegetatywnego. Twierdzenie to autor opiera na obserwowanej przezeń szczególnej wrażliwości tego układu u gruźlików, co jest wyrazem wpływów dziedzicznych lub też sprowadza się do działania produktów toksycznych uwalniających się przy rozpadzie ognisk gruźliczych. Momentem sprzyjającym krwawieniom u gruźlików astenicznych jest budowa ich naczyń. Naczynia tego rodzaju chorych są cienkie o ścianie łatwo przepuszczalnej. Zrozumiałem jest, że budowa naczyń, o której dopiero co wspomniałem przy upośledzonej krzepliwości krwi, może stwarzać szczególnie sprzyjające podłoże do powstawania krwawień płucnych.

Co do wpływu ciśnienia krwi na powstawanie krwotoków płucnych, to autorowie dzielą się na dwa obozy. Neumann zaznacza, że 86,2% gruźlików skłonnych do krwawień posiadało wzmożone ciśnienie krwi wtedy, gdy Sorgo, Bethov, Farborge utrzymują, że gruźlicy skłonni do krwawień posiadają ciśnienie krwi raczej obniżone. Barbery mówi o okresowo zjawiającem się wzmaganiu ciśnie-

nia. Autorowie zaznaczają, że miara ciśnienia w krążeniu dużem nie przesądza jeszcze sprawy co do stosunków panujących w ciśnieniu małem, gdyż płuca mają liczne sposoby na regulowanie ciśnienia. Stosunki te nabierają dopiero dużego znaczenia wtedy, gdy u takiego gruźlika mamy niedomogę komory prawej lub też niedomogę obu komór serca, to wtedy dopiero dochodzi do zaburzeń w krążeniu płucnem. Krehl wykazał, że przy osłabieniu komory lewej z dobrem zachowaniem czynności komory prawej serca stwarzają się warunki sprzyjające powstawaniu zastoju w płucach. Moritz zaznacza, że upośledzona czynność serca ulega dalszemu osłabieniu, jeżeli w płucach mają siedlisko sprawy ograniczające przestrzeń oddechową niezależnie od tego, czy będą one miały cechy procesu rozpadowego lub wytworczego. Schröder zaznacza, że w sprawach tych ma znaczenie jedynie wydolność serca, a nie postać schorzenia tegoż. Skłonność do krwotoków większość autorów wiąże ze zmianami atmosferycznemi i stanem ciśnienia barometrycznego. Raptowne zmiany pogody szczególnie sprzyjają powstawaniu krwawień płucnych. Wahania ciśnienia, temperatury oraz potencjału elektrycznego zostają przenoszone jako podrażnienie na system naczyniowy przez pośrednictwo układu nerwowego wegetatywnego.

U gruźlików wogóle, a szczególnie u tych o czułym systemie wegetatywnym należy zachować wielką ostrożność w stosowaniu środków mogących wywołać odczyny ogniskowe.

U tych chorych musimy zalecić spokój, szczególnie w okresie zmian klimatycznych, w czasie menstruacji oraz powstrzymać się od wszelkiej terapji drażniącej. Należy więc unikać u tych chorych stosowania tuberkuliny, obcego białka, metali ciężkich, światła naturalnego czy sztucznego, gdyż wszystkie te czynniki mogą wywoływać odczyny ogniskowe, prowadzące do krwawień. Nadmierny ruch, przemęczenie cielesne, silne wzruszenia duchowe mogą prowadzić również do odczynów ogniskowych. Odczyny ogniskowe, wywołujące przekrwienie w obrębie ognisk gruźliczych, są szczególnie niebezpieczne tam, gdzie naczynia są uszkodzone, czy to dzięki samemu procesowi chorobowemu, czy też posiadają wrodzoną obniżoną wartościowość. Na czynnik przemęczenia cielesnego w powstawaniu krwotoków płucnych szczególną uwagę zwraca Alfred Sokołowski.

Należy tu podkreślić, że w powstawaniu krwawień u gruźlików wybitną rolę odgrywają przemijające przypadkowe schorzenia oskrzeli i płuc natury niegruźliczej, a to dlatego, że wywołują one przekrwienia w ogniskach gruźliczych. Po ogólnem omówieniu krwawień płucnych przejdziemy do omówienia przyczyn anatomo-patologicznych krwawienia z płuc.

Pottenger rozróżnia krwawienia, jako wynik pęknięcia aneuryzmatu naczyniowego mieszczącego się w ścianie jamy gruźliczej. Siła krwawienia zależeć tu będzie od przekroju krwawiącego naczynia. Krwawienie może powstać wskutek nadżarcia naczynia. Możemy mieć do czynienia z krwawieniami zastoinowemi właściwemi gruźlicy włóknistej.

Wedle Stickera o nadżarciu naczynia musimy myśleć przy krwotokach w gruźlicy ostrej. Przy gruźlicy przebiegającej z wytwarzaniem jam, musimy myśleć o krwawieniu pochodzenia aneuryzmatycznego. Krwawienia, którym towarzyszy wysoka gorączka, każą przypuszczać krwawienie miąższowe, towarzyszące wydzielaniu się sekwestrów płucnych. Bard rozróżnia: krwawienie powstałe wskutek uszkodzenia naczynia i krwawienie z rozszerzonych naczyń pewnego odcinka płuc, co mamy przy wysiękach zapalnych w obrębie pęcherzyków płucnych. Przy krwawieniach towarzyszących sprawom zapalnym, krew pochodzi najczęściej z drobnych rozszerzonych naczyń włosowatych. Pod krwawieniami powstałymi wskutek uszkodzenia naczyń, autor rozumie pęknięcie naczynia aneuryzmatycznie rozszerzonego lub też nadżarcia naczynia.

Autor wprowadza też podział w celach terapeutycznych, gdyż wedle niego o ile ułożenie chorego nie odgrywa roli w przypadku krwawień powstałych z pęknięcia naczynia, o tyle będzie ono odgrywało znaczną rolę przy krwotoku z przekrwawionych naczyń włosowatych. Ułożenie chorego na stronie krwawiącej będzie powodowało wzmożony przypływ krwi, a przez to będzie podtrzymywało krwawianie wtedy, gdy ułożenie chorego na przeciwnej stronie może momentalnie zahamować krwawienie.

Co do krwawień pierwotnych to stojąc na stanowisku Aufrechta uważającego, że ogniska gruźlicze powstają w płucach na drodze hematogennej wskutek schorzenia ścian drobnych naczyń z następczym rozpadem tkanki, możnaby przyjąć, że krwawienia te pochodzą z uszkodzonych ścian tych naczyń. Jeżeli weźmiemy pod uwagę stanowisko Tendeloo, że schorzenie naczyń jest sprawą wtórną, gdyż ogniska pierwotne powstają na drodze limfatycznej, to musimy przyjąć, że krwawienia te powstają przy wydzielaniu się ognisk nekrotycznych. Inni autorowie przyjmują, że krwawienia pierwotne powstają już z małych kawern. Większość autorów stoi na stanowisku, że krwawienie pierwotne jest objawem, który pierwszy zwraca uwagę na chorobę, a który jest wynikiem cierpienia już rozwiniętego. Scheidemandel zaznacza, że krwawienia początkowe często pochodzą z ognisk, których najbardziej skrupulatne badania rentgenologiczne i fizykalne nie są w stanie wykryć.

Krwawienia gruźlicze są krwawieniami pochodzącemi z tętnic. Krwawienia z żył są tu rzadkie, gdyż one znacznie łatwiej ulegają zaczopowaniu i zarastaniu. Co do możliwości rozpoznania, czy mamy do czynienia z krwotokiem tętniczym czy żylnym, to liczni klinicyści uważają to za niewykonalne (Nagelsbach). Należy zaznaczyć, że postacie gruźlicy przewlekłej wytwórczej są bardziej skłonne do krwawień, niż postacie gruźlicy świeżej, ostrej.

Obraz symptomatologiczny krwawień jest bardzo zmienny. Chorzy często odczuwają ból w klatce piersiowej lub ucisk oraz czują smak krwi. Objawom tym towarzyszy znaczny stopień podniecenia psychicznego. Przy dużych wylewach krwi do drzewa oskrzelowego może dojść do wymiotów krwią uprzednio przełkniętą. Należy zaznaczyć, że krwawienia z płuc często zdarzają się w czasie snu. Krwotoki czasem są poprzedzane gorączką, a przed krwotokami obfitszemi występują krwotoki mniej obfite, przemijające.

Badacze współcześni uważają krwotok za objaw niepomyślny w sensie powikłań, jakie może on powodować, doprowadzając dzięki aspiracji do rozprzestrzenienia się procesu chorobowego, a nie ze względu na sam fakt jego zjawiania się. Śmierć z powodu krwotoku uważają oni za możliwą, jednakże względnie rzadką. Krwotoki na skrócenie życia nie wpływają i nie pogarszają rokowania. Krwawienia niezbyt obfite i nie za często powtarzające się nie mogą być uważane za szczególnie niepomyślny objaw nawet wtedy, kiedy towarzyszy im umiarkowana gorączka, będąca często objawem sprawy zapalnej o charakterze niespecyficznym, toczącej się w obrębie ogniska gruźliczego.

Przy rozpoznaniu krwawień płucnych musimy wykluczyć możliwość krwawień z żołądka, przełyku, górnych odcinków dróg oddechowych. Krwawienia z żołądka rozróżniamy przez staranne zebranie wywiadów. Przy tego rodzaju krwawieniach krew wydziela się wyłącznie z wymiotami. Dalej o krwawieniu z żołądka będzie mówił wygląd treści krwawej. W przypadku kiedy krew została przełknięta, a potem zwymiotowana dokładne badanie płuc da nam odpowiedź na zagadnienie, gdzie mieści się źródło krwawienia. Z. Srebrny podnosi wielką częstość krwawień z górnych dróg oddechowych, nosowej części gardzieli, tchawicy, krwawień które mogą być błędnie przyjmowane za krwawienia z płuc. Powód do pomyłek może dać również krwawienie z dziąseł, krwawienie z rozszerzonych naczyń podstawy języka. Należy trzymać się wogóle zdania podkreślanego tak dobitnie przez Srebrnego, że przy wszelkiem krwiopluciu nie należy zapominać, że może być ono następstwem choroby innego narządu lub cierpienia ogólnego, (skaza krwotoczna przy chorobach wątroby i nerek), a w przypadkach niepewnych winienie płuc jest dopiero możliwe po

dokładnem zbadaniu chorego. Należy mieć również na uwadze możliwość histerji i symulacji.

Oprócz gruźlicy krwawienie z płuc może mieć miejsce przy nieżytach zastoinowych oskrzeli, chorych na serce, przy nieżycie oskrzeli włóknikowym, przy przekrwieniach czynnych, biernych i opadowych, przy wrzodzie, zgorzeli, syfilisie, bomblowcu oraz grzybicach płucnych, wreszcie nowotworach. Sprawy urazowe mogą dawać powód do krwawień płucnych, a przy ich ocenianiu powinna być brana pod uwagę gruźlica utajona, która może przejawiać się po urazie oraz aktywacja gruźlicy dawnej. Przy różniczkowaniu schorzeń płuc w strefach tropikalnych musimy brać pod uwagę trąd, gdyż ten przy umiejscowieniu w płucach również może powodować krwotoki.

Scheidemandel zwraca uwagę na rozstrzenie oskrzeli, które przy niezbyt wyrażonych objawach są często nie rozpoznawane, a które dają bardzo obfite krwotoki.

Przechodząc do omówienia leczenia bardzo praktycznem będzie trzymać się podziału prof. Sorgo, który rozróżnia w leczeniu krwotoku płucnego zabiegi ogólne, zabiegi pobudzające krzepliwość krwi oraz zabiegi operacyjne.

Sorgo zaleca chorego z krwotokiem płucnym układać w pozycji siedzącej, co ułatwia odpluwanie oraz przyjmowanie pokarmów. Autor ten choć zaleca spokój, to jednakże szczególnie w przypadkach krwawień zastoinowych nie jest zwolennikiem całkowitego bezruchu i zezwala na ruch umiarkowany. Starzy autorowie w przypadkach uporczywych krwotoków, których żadne środki nie były w stanie opanować, stosowali ruch — a to w tym przeświadczeniu, że przy nim naczynie krwawiące pęka, kurczy [się i szybciej ulega zaczopowaniu. Sorgo jest zdania, że krwotoki, które trudno opanować, mają jako podłoże sprawy zastoinowe.

Przy krwawieniach zastoinowych Schröder zaleca stosowanie ciepłych okładów. A. Sokołowski w tym samym celu zaleca synapizmy, suche bańki na tułów i piersi, środki czyszczące. Stosowanie tych środków ma na celu zmniejszenie przekrwienia w ogniskach gruźliczych przez wywołanie napływu krwi do innych miejsc. O ile pewien ruch umiarkowany przy sprawach zastoinowych ledwie w nieznacznej mierze może podnosić ciśnienie w krążeniu małem (Bang), a przez to chory może być ułożony, jak to radzi Bang, Neumann, Jessen, nawet w fotelu, o tyle przy sprawach ostrych autorowie zgodni są co do jego szkodliwości. Chorym takim zaleca się najdalej idące ograniczenie ruchu. Należy tu podkreślić, że u tego rodzaju chorych natężanie się przy oddawaniu stolca może być szkodliwe, skąd wypływa zalecenie uregulowania spraw w tym kierunku. Ze względu na podniecenie towarzyszące ktwotokom, zaleca się podawanie bromu.

Autorowie odradzają podawanie morfiny, a to dlatego, że zbyt silne działanie jej na ośrodek oddechowy może prowadzić do osłabienia wydzielania się krwi wylanej do oskrzeli i może stwarzać obawę aspiracji. Schröder i inni autorowie natomiast gorąco zalecają stosowanie kodeiny, parakodiny i t. p. kiedy choremu dokucza męczący kaszel.

Należy zaznaczyć, że kaszel sam przez się nie wzmaga krwawienia, a wzmożony wydech towarzyszący kaszlowi wytwarza sprzyjające warunki dla dobrego dopływu krwi do komory prawej przez co ciśnienie z małem krążeniem ulega obniżeniu (Schröder). Dawni autorowie jak Trousseau, Jaccoud radzili przy krwotokach podawanie korzenia wymiotnicy. Współcześni autorowie zalecają podawanie podskórne emetyny lub podanie podskórne apomorfiny. Sokołowski jest przeciwny podawaniu środków wymiotnych i nie mógł on się przekonać osobiście o ich dodatnim działaniu. Zdaniem tego uczonego phtisiologa podawanie ich osłabia zbytnio chorych.

Dawni lekarze zalecali przykładanie lodu do warg sromowych lub jąder, środek ten miał na celu zahamowanie odruchowe krwotoku przez zwężenie naczyń płucnych. Szkoła francuska XIX wieku zalecała przy uporczywych krwotokach u gruźlików upusty krwi. Upust wzmaga jej lepkość i gęstość, co znów powoduje przypływ do krwi płynów tkankowych przynoszących z sobą substancje wzmagające krzepnienie. Sokołowski zaleca upusty krwi przy znacznych zastojach w krążeniu małem. Z nowszych autorów zwolennikiem tego zabiegu w przypadkach krwawień zastoinowych jest Sticker. W lepszej jednakże mierze, jak upusty krwi wzmaga krzepliwość podawanie soli. Podanie doustne 5 — 10 gr. soli kuchennej wzmaga znacznie krzepliwość krwi. Wlewania dożylne soli kuchennej mają działanie szybsze i trwalsze. Jeżeli podamy sól, to do krwi przenika z tkanek woda a wraz z nią i substancje wzmagające krzepnienie krwi. Wlewamy zazwyczaj dożylnie 10 gr. 10 — 15% roztworu soli kuchennej. Również wzmagają krzepnienie krwi sole wapnia podawane zarówno doustnie jak dożylnie. Zaznaczyć należy, że podanie soli kuchennej możemy łączyć z podawaniem soli wapnia. Sole wapnia szczególnie dobrze działają przy krwotokach miąższowych, gdyż podawanie ich działa na uszczelnienie naczyń. Również przez wtórną hydremję spowodowaną przypływem do krwi soków tkankowych można objaśnić dobre działanie podwiązania kończyn.

Doskonałe usługi przy krwotokach płucnych oddaje stosowanie środków nasercowych. Wedle badań Van den Veldena wzmagają one krzepliwość krwi z jednej strony z drugiej zaś regulują krążenie. W przypadkach krwotoków zastoinowych należy podkreślić doskonałe działanie naparstnicy, które sam niejednokrotnie obserwowałem. Sokołowski gorąco zaleca przy krwotokach płucnych podawanie naparu

naparstnicy (z 1 : 200) co 2 — 3 godziny łyżkę stołową przy wzmożonej działalności serca, oraz u gruźlików dotkniętych formą rozedmową i włóknistą choroby.

Oprócz naparstnicy gorąco poleca się przy krwotokach płucnych stosowanie podskórne kamfory w dużej ilości. Kamforę w przypadkach krwotoków płucnych pierwszy zaczął stosować Alexander. Sokołowski szczególnie zaleca kamforę przy obfitych krwotokach, gdzie skutkiem zalania dróg oddechowych następuje bezdech. Oprócz kamfory radzi on tu stosowanie oddechu sztucznego. Nie od rzeczy będzie tu wspomnieć o właściwości stosowania namiastek kamfory cardiazolu i coraminy. Z innych leków Sorgo zaleca przy krwotokach zastoinowych stosowanie atropiny w ilości 0,0003 — 0,0005 podskórnie. Atropina ma szczególnie dobrze działać przy długo trwających niezbyt obfitych krwotokach miąższowych. Działanie atropiny Sorgo objaśnia przez wzmożony dopływ krwi do naczyń skóry i krezki, które rozszerza atropina. Wszyscy autorowie zgodnie zaznaczają, że przy krwotokach płucnych nie należy stosować adrenaliny, natriumnitrosum i nitrogliceryny. A. Sokołowski i Sorgo, nie zalecają stosowanie przy krwotokach płucnych sporyszu i jego przetworów, jako mało wartościowych i osłabiających czynność serca. Weismayr zaleca stosowanie terpentyny co 2 godz. — 2 krople. Można również przy krwotokach płucnych stosować surowicę, która wzmaga, podobnie jak wyżej wspomiana terpentyna, zawartość we krwi fibrynogenu i fibrynfermentu. Sorgo zaleca jednakże w stosowaniu surowicy wielką ostrożność, a to ze względu na szczególną czułość organizmu gruźliczego na obce białko. Jeszcze tu należy wspomnieć o zastrzykach i lawatywkach z mleka (Mendel) i peptonu, które są podobne w działaniu do surowicy i co do których są te same zastrzeżenia.

Lamerau i Paulesco wprowadzili do leczenia krwotoków płucnych żelatynę. Wpływ żelatyny na krzepnienie krwi był obserwowany przez Florescu i Dastré'a. Żelatyna działa powolnie, ale działanie jej jest długotrwałe.

Obecnie radzą stosować żelatynę doustnie w postaci galaretek. Żelatyna podawana doustnie wzmaga krzepliwość krwi o 25% (Schröder). Zanim przejdę do omówienia nowych środków przeznaczonych do stosowania przy krwotokach płucnych muszę poświęcić parę słów djecie. A. Sokołowski nie jest zwolennikiem podawania wyłącznie leków w stanie lodowatym, pozwala on na podawanie pokarmów o temperaturze pokojowej. Schröder zaleca podawanie pokarmów lekkostrawnych i ograniczenie w podawaniu płynów, przyczem zaleca podawanie galaretek, kisielów i t. p.

Z nowych środków leczniczych muszę tu wspomnieć o preparacie „Coagulen" Kocher — Fonio przygotowanym z płytek krwi. Sorgo

mówi, że widział wyniki dodatnie od stosowania tego środka. Laboratorja angielskie wyrabiają środek „Haemoplostine” zawierający protrombinę. Louis Ramond mówi o stosowaniu wyciągu z tylnego płata przysadki w burzliwych krwotokach płuc, którego Schröder i Sorgo nie radzą stosować, a nawet obawiają się. Mattei i Escudier gorąco zalecają tartarus stibiatus przy krwotokach płucnych i stosują go w ilości 0.03 na dawkę jednocześnie z 0.01 opii. Środek ten do lecznictwa wprowadził w 1778 Stolz. Pinel, Burel (1806), Rulfz (1837), i Trousseau gorąco polecają stosowanie tartari stibiati przy obfitych krwotokach płucnych.

N. Ortner zaleca przy krwotokach dłużej trwających i mniej silnego natężenia Extr. fluidum Hydrastis Canadensis lub hydrastyninę, a to na tej zasadzie: że gdzie inne środki wywołują przemijające zwężenie naczyń, hydrastynina wyróżnia się tym, że zwęża naczynia trwale. Na naszym rynku posiadamy doskonały preparat hydrastyninowy, którym jest Remedium haemostaticum sedativum firmy L. Spiess i Syn. Dołączenie do preparatu tego piscydyny, otrzymanej przez Hart'a z kory Piscidium Eryth. jak wynika z prac Hamiltona, Otto, Swaters'a jest bardzo celowe, jako środka o wybitnem działaniu uspakajającem, ponieważ przy krwotoku płucnym należy wpłynąć na uspokojenie duchowe pacjenta, gdyż jest ono podstawą w hamowaniu krwotoków (N. Ortner). Z autorów polskich o działaniu Remedium haemostaticum sedativum pisali E. Krajewski, J. Lenczowski i G. Raciążek. Autorowie podkreślają dobre działanie środka zarówno w krwotokach płuc, jak i w innych krwawieniach. Osobiste moje doświadczenie w zupełności potwierdziło spostrzeżenia autorów. Uważam, że Remedium haemostaticum może być stosowane ze szczególnie dobrym skutkiem przy krwotokach nieobfitych i długotrwałych.

Kończąc, muszę zaznaczyć, że w krwawieniu płucnem liczni autorowie polecają gorąco tego rodzaju zabiegi, jak odma, exhairesis nervi phrenici, a przy obfitych zrostach zewnętrzną torakoplastykę, wychodząc z założenia, że do płuca nieczynnego mniej przypływa krwi, niż do czynnego.

Piśmiennictwo:

Alfred Sokołowski Podręcznik chorób płuc. 1912 r.

Zygmunt Srebrny O krwiopluciu. Medycyna 1917 Nr. 2, 3, 4 i 5.

E. Krajewski Medycyna praktyczna, Zeszyt 1 — 3 str. 81. 1927.

G. Raciążek Nowiny lekarskie 1.I. 1926 r. str. 11.

N. Ortner Vorlesungen über Spezielle Therapie 1922 str. 514.

Sorgo Aertztliche Praxis H 3. 15.III 1928 r. str. 77.

G. Schröder Die Lungenblutung. Kl. Wochenschrift N. 30 1924 r. str. 1366, i Nr. 31 str. 1408.

E. Scheidemandel. Nicht tuberkulöse Lungenblutungen, Kl. Wochenschrift Nr. 12. 1927. str. 554.
Louis Ramond. Presse Medicale Nr. 81 1927 str. 1927.
Ch. Mattei i F. Escudier Nr. 82. 1925 r. str. 1362 Presse Med.
Nouveau traite de medicine Roger Teissier T. XII.
Bezançon — Pathologie Medicale 1923 r.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Z kliniki skórnej szpitala miejskiego w Bremie. (Dyrektor: prof. dr. Hahn). **W sprawie terapji naftalanowej.** Podał dr. Kurt Sauerbrey, asystent kliniki. („Münchener medizinische Woehenschrift" Nr. 6, str. 201 i 202).

Autor zaznacza, że w okresie wojennym otrzymanie naftalanu, podobnie jak i wielu innych dobrych środków leczniczych, było niemożliwe. Obecnie pojawił się on od niedawna jako Naftalan pur. germ. i umożliwił nam znowu stosowanie starej wypróbowanej terapji naftalanowej.

Naftalan przedstawia, jak wiadomo, prawie bezwonną, podobną do maści masę, barwy ciemno-bronzowej. Miesza się łatwo i w każdem stężeniu z tłuszczami i maściami, rozpuszcza się dobrze w eterze i chloroformie, nie rozpuszcza się natomiast w glicerynie ani w wodzie.

Stosując naftalan, autor był w stanie jeszcze raz potwierdzić jego znane od dawna zalety, a mianowicie: działanie znieczulające, przeciwzapalne, redukujące i wyjaławiające.

Głównem wskazaniem do stosowania naftalanu wedle autora jest pryszczyca (Ekzema), zwłaszcza chroniczna. Zalecaliśmy nakładać go dwa razy dziennie w ciągu dnia w warstwie grubości tylca noża najlepiej na kawałku płótna i udawało się nam w ten sposób bardzo szybko złagodzić swędzenie i uczucie napięcia, bez względu na to, czy mieliśmy do czynienia z ekzemą zwykłą czy też powikłaną nacieczeniem skóry. Skłonność do gojenia się była conajmniej taka sama, jak po stosowaniu preparatów dziegciowych, a w licznych przypadkach nawet większa, już nie mówiąc o wyższości naftalanu wynikającej z jego prawie zupełnej bezwonności. Ani razu nie stwierdzał autor żadnych przykrych powikłań zdarzających się przy niektórych lekach, że wspomnę tu tylko o preparatach dziegciowych, przy stosowaniu których, pomimo nawet największej ostrożności, nie zawsze się udaje uniknąć nieprzyjemnych działań ubocznych. Chorzy we wszystkich okresach

pryszczycy zawsze doskonale znosili naftalan. Ze względu na jego stałe i niezawodne działanie lecznicze przedstawia on dla lekarza praktyka nieoceniony, wygodny i pewny środek dla leczenia ekzemy w każdym okresie jej rozwoju.

Dalej autor podaje kilka wyników otrzymanych w klinice. Stosowaliśmy na naszej klinice naftalan przy wszelkich postaciach pryszczycy oraz przy zapaleniu najądrza (Epididymitis) i rzeżączkowego zapalenia stawów (Arthritis gonorrhoica). Pojedyńcze przypadki stosowania naftalanu dotyczyły ponadto oparzeń pierwszego i drugiego stopnia oraz starczego świądu (Pruritus senilis).

Robotnik M. S. cierpi od 3 tygodni na pryszczycę ropiejącą palców, łuszczącą pryszczycę dłoni i grzbietu ręki. Pod wpływem okładów obojętnych pryszczyca straciła swe cechy ropne, natomiast jej charakter łuszczący jak również i uporczywe swędzenie pozostały bez zmiany. Po dwudniowem stosowaniu naftalanu zarówno swędzenie jak i uczucie napięcia ustąpiły zupełnie, a po dalszych czterech dniach leczenia naftalanowego chory został wypisany jako wyleczony.

Równie jaskrawym był wynik stosowania naftalanu u chorego E. B. robotnika w fabryce pudełek do cygar. Leczył się on już niejednokrotnie w naszej klinice z powodu pryszczycy rąk, która stale okazywała skłonność do nawrotów. Obecnie zgłosił się w dniu 27.VI.r.b. z powodu utrzymującej się od 6 tygodni łuszczącej ekzemy na dłoniach i przedramionach, która od kilku dni prawdopodobnie na drodze odruchowych zmian naczyniowych rozprzestrzeniła się po całem ciele. Po bezskutecznem stosowaniu maści cynkowej i ichtjolowej autor stosował naftalan. Po sześciu dniach leczenia naftalanem ekzema ustąpiła bez śladu.

Następnie autor leczył naftalanem bardzo dużo pryszczyc poświerzbowych, na klinikę bowiem zgłaszało się po poradę wielu chorych tego rodzaju. Pryszczyce te przeważnie o cechach liszajcowatych (Ekzema impetiginosum) są naogół bardzo uporczywe, wskutek zaś stałego swędzenia skłaniają one chorych do stosowania na własną rękę jeszcze kilku kuracyj przeciwświerzbowych. Pod wpływem terapji naftalanowej uporczywe te pryszczyce poprawiały się niezwykle szybko: moknące miejsca skóry i bolesne pęknięcia pokrywały się naskórkiem, a swędzenie, które często u ludzi chorujących przez dłuższy czas na świerzbę ma skłonności do pozostawania nadal, ustępowało bez śladu.

Przy pryszczycy brodawki piersiowej leczonej naftalanem również byliśmy w stanie potwierdzić dobroczynny wpływ leku. Chore przeważnie wypróbowały uprzednio wszystkie możliwe środki, aby wyleczyć się z tej uporczywej pryszczycy opierającej się zwykle na-

wet najstaranniejszemu leczeniu — pod wpływem naftalanu jednak pryszczyca sutka wraz z współistniejącemi pęknięciami skóry ulegała szybko wyleczeniu.

Nie chciałbym tu ominąć również i wyników leczenia naftalanem oparzeń pierwszego i drugiego stopnia. Przeciwbólowe, przeciwzapalne i redukujące działanie naftalanu uwydatnia się tu w sposób szczególnie wyraźny. Czas potrzebny do wyleczenia był stosunkowo o wiele krótszy niż przy zwykle stosowanych środkach. Leczenie naftalanem nie dopuszcza do przykrego wysychania i przyklejania się opatrunków, jest prawie zupełnie pozbawione zapachu i doprowadza do wytworzenia się ładnych i gładkich blizn. Przy ranach z oparzeń trzeciego stopnia naftalan, jak wogóle maści i podobne preparaty nie nadają się do stosowania, wobec tego że odpowiedniejszemi są opatrunki antyseptyczne suche i wchłaniające.

Z pomyślnym wynikiem stosowaliśmy naftalan (w cienkiej warstwie) przy starczym świądzie (Pruritus senilis). Do restitutio ad intergrum, oczywiście, nie dochodziło, co przy tej nerwicy czuciowej jest zupełnie zrozumiałem. Chorzy jednak, którzy uprzednio z powodu swędzenia nie byli w stanie sypiać i wyglądali bardzo źle, spali po leczeniu naftalanem zupełnie znośnie i to bez żadnych środków narkotycznych, a stan ich ogólny poprawiał się bardzo szybko. Zawdzięczali to zupełnemu ustąpieniu swędzenia lub conajmniej znacznemu złagodzeniu, tak że wcale nie potrzebowali się drapać.

Pozatem stosowaliśmy jeszcze naftalan również w licznych przypadkach zapalenia najądrza. Zawsze stwierdzaliśmy szybkie ustępowanie gwałtownych bólów i wchłanianie się obrzęku, tak że ci chorzy, których leczyliśmy maściami ichtjolowemi i jodowemi domagali się naftalanu. Ani razu nie stwierdzaliśmy przytem podrażnienia skóry moszny, jak to się czasem zdarza przy ichtjolu, prawdopodobnie wskutek jego znacznej zawartości siarki. Przy pomocy naftalanu udawało się nam szybko i pomyślnie doprowadzić do wyleczenia nawet zastarzałe przypadki zapaleń najądrza. Przebieg choroby był przeciętnie o wiele krótszy, niż przy zwykle stosowanych sposobach leczenia i doprowadzał do zupełnego ustąpienia sprawy.

Toż samo można powiedzieć o zapaleniach stawów pochodzenia rzeżączkowego. Wiemy, że leczenie tego powikłania rzeżączki jest rzeczą wysoce niewdzięczną. Naftalan stosunkowo najprędzej doprowadza do porządanego celu: uśmierza on bóle w dotkniętym stawie znacznie szybciej niż inne leki i umożliwia w ten sposób poruszanie chorej kończyny. Nie bez znaczenia jest ponadto szczegół, że przy leczeniu naftalanem nie potrzeba, a nawet nie należy zakładać mocnych opatrunkow, a to dla uniknięcia wsiąkania naftalanu w sam

opatrunek. W ten sposób chory jest w stanie samemu wykonywać ruchy w stawie i to już w czasie, gdy nie zdążyły się jeszcze wytworzyć mocniejsze zrosty.

Prof. Ot. Kutvirt. Otoskleroza. Prakticki lékar, 1928. Nr. 9.

Na wstępie swej publikacji Prof. Kutvirt wspomina, że słowo „otoskleroza" jest przestarzałem oznaczeniem właściwej otospongiozy. Powstanie tego cierpienia jest niejasne podług poglądów Politzera i Brühla. Omawiając otosklerozę z punktu widzenia anatomo-patologicznego, autor widzi w niej podobieństwo do krzywicy.

Za przyczynę powstania otosklerozy, autor uważa zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu, kiłę, stwardnienie tętnicy, pokwitanie, zołzy, niedokrwistość, zmięknienie kości, krzywicę. Choroba ta rozpoczyna się zwykle już około 20 roku życia i spotyka się częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Rokowanie zawsze jest bardzo poważne, a jednak pozbawianie chorego wszelkiej nadziei na wyleczenie byłoby błędem.

Oprócz miesienia różnemi aparatami, a w nowszych czasach rentgenizacji Siebenmann zaleca leczenie fosforem jak w krzywicy. Ten sposób postępowania daje dobre wyniki. Oprócz różnych przetworów fosforowych jak fosfotal-Clina, otosklerol, zaleca się phytinę. W razie rozpoczęcia w czasie właściwym leczenia fosforem często udaje się zapobiec rozwojowi tego przykrego cierpienia.

Dargallo. Leczenie krwioplucia. (Tratamiento de las hemoptysis). Ars medica. Revista de medicina, cirurgia y especialidades, 1928. Nr. 38.

Omawiając zabiegi lecznicze w krwiopluciu, autor dzieli środki lecznicze tu wskazane na 3 kotegorje. 1) przyśpieszające ścinanie się krwi, 2) działające na serce i układ naczyniowy i 3) działające mechanicznie. Oprócz tego wspomina Dargallo o morfinie i przetworach makowca oraz soli kuchennej, jako o środkach nie mogących być zaliczonemi do wspomianych grup.

Z szeregu przetworów przyspieszających krzepnienie krwi Dargallo wylicza sole wapniowe, surowicę końską, Zimema-Baldacci, hemoplastynę Parke Davis, anteinę Poulenca, surowicę z żelatyną. wyciąg z tranu, wyciąg z tylnej przysadki, taninę i coagulen-Ciba,

Zaleca on do wewnątrz roztwór z 5, o na 200, o coagulenu łyżkami stołowemi, a do zastrzyków podskórnych ampułki po 20 cm. 3% roztworu. Płyn przeznaczony do wstrzykiwań należy przed

użyciem ogrzać do temperatury ciała. W mniej ciężkich krwawieniach stosować można małe ampułki po 1,5 cm. coagulenu. W ciężkich przypadkach zaleca się wstrzykiwać coagulen śródżylnie. Zabieg ten autor jednak uważa za niebezpieczny, a przy tego rodzaju zastosowaniu coagulenu uważa za niezbędne wstrzykiwać wolno, baczną uwagę zwracając na krążenie i oddech.

Die Beziehung der Neuralgien zur Balneo-therapie R. Wollenberg. IX internationaler arzt. Vorbildungskurs in Karlsbad 1928.

Autor pod pojęciem neuralgji rozumie neuralgje wrzekome i bóle mięśniowe jak również i neuryty.

Autor zaznacza, że leczenie należy prowadzić zarówno miejscowe skierowane przeciwko samym objawom, oraz leczenie ogólne, skierowane przeciwko podłożu na tle którego powstaje choroba. Cennym nabytkiem w tych przypadkach jest leczenie klimatyczne. Autor zaznacza, że leczenie w Karlsbadzie może mieć doskonały skutek przez zadziałanie na przemianę materji.

Djeta przy otyłości. F. Salzmann Münch. Med. Woch. 1929 r. Nr. 8.

Autor zaleca przy leczeniu otyłości ustalenia dni, w które podaje się mięso baranie oraz dni jarzynowych. W dniu podawania baraniny autor ustala następujący porządek. Naczczo 150 gr. ogrzanej wody **Kissingen** z dodatkiem na końcu noża soli glauberskiej.

Śniadanie 1 — 2 szkl. herbaty. 3 sucharki około 80 kalorji
Przy uczuciu głodu przed obiadem 1 jabłko „ 30 „
Obiad 2 kotlety baranie smażone z małą
ilością masła . . . . „ 200 „
Konserwy owocowe bez cukru lub świeże owoce 100 gr. „ 40—80 „
Około 100 gr. zielonej sałaty z cytryną . . „ 15 „
1 szklanka herbaty . . . . . . „ 15 „
Obiad należy spożywać bez chleba
Podwieczorek. Kissingen jak rano: Szklanka herbaty,
sucharerek, 1 jabłko . . . . . . „ 60 „
Kolacja te same dania co na obiad.

680—750 kalorji

W dnie jarzynowe. Naczczo 150 gr. wody Kissingen ogrzanej z dodatkiem soli glauberskiej.

1 śniadanie jak wyżej.
2 „ 100 gr. owoców.

Obiad. Szklanka buljonu bez tłuszczu, 250 gr. jarzyn gotowanych. 100 gr. sałaty z cytryną, 250 gr. owoców w postaci świeżej lub kompotu bez cukru, 1 szklanka herbaty bez cukra. Po obiedzie filiżanka czarnej kawy bez cukru oraz dwa sucharki. Kolacja jak obiad. Djeta ta daje 850 kalorji.

W tygodniu autor zaleca 5 dni djety baraninowej i dwa dni djety jarzynowej.

Dringliche Theaapie in der inneren Medizin Med. Klinik. 1929 Nr. 8. **W. Dawid.**

Autor zaleca przy leczeniu kolki nerkowej stosowanie ciepłych okładów. Zastrzyki morfiny z atropiną. Wlewanie dożylne 10 $cm.^3$ chlorku wapnia, które znoszą spazm. Po usunięciu objawów ostrych autor radzi przechodzić dopiero do leczenia wodami mineralnemi.

„La pyorrhée dentaire arthritique" Dr. Gašton Robert. Sciences Medicales de Bordeaux. Nr. 5 p. 72 — 73. 3.II 1929.

Stosownie do postanowień kongresu w Vittel w 1927 roku prof. Loeper określił artretyzm, jako proces polegający na niestałości roztworu płynów ustrojowych i strącaniu się pewnych składników tych płynów. Strącanie się kwasu szczawiowego, moczowego, cholestyryny i wapnia zachodzi głównie w stawach oraz w obrębie zębodołów. Autor zaznacza, że w tych przypadkach oprócz leczenia miejscowego samych dziąseł należy stosować do wewnątrz atochinol. Atochinol działa na wydzielanie kwasu moczowego i cholesteryny, co potwierdziła równiez cytowana przez autora praca Vandamme'a.

„Pharmakologie des Kreislaufes" Wien Med. Woch. Nr. 10 str. 323 — 324. Prof. Dr. E. P. Pick.

Autor zaznacza, że naparstnica jest wskazana przy niedomodze przerosłego serca. Naparstnica nie jest wskazana przy zaburzeniach przewodnictwa, ponieważ może ona wywołać blok serca. W przeciwieństwie do działania na zdrowe naczynia, które pod wpływem leczenia naparstnicą ulegają rozszerzeniu, naparstnica na naczynia chore działa zwężająco. Dlatego to należy zachować dużą ostrożność przy stosowaniu naparstnicy w embolji, apopleksji i przy sklerozie. Strofantyna zastosowana dożylnie działa szybciej niż naparstnica. Po podawaniu digitalis należy przeczekać pewien czas ze stosowaniem strofantyny. Gdzie digitalis działania nie wywiera, widziano dobre działanie od stosowania Scillarenu. Z preparatów które są namiastkami kamfory i mogą być stosowane dożylnie, autor zaleca Coraminę, hexeton i cardiasol.

NOWE KSIĄŻKI.

CUKRZYCA. DR. MED. JÓZEF WACŁAW GROTT.

Podręcznik dla lekarzy i chorych z przedmową prof. Dr. Witolda Orłowskiego; Trzaska, Ewert, Michalski, Warszawa 1929 rok str. 118.

J. W. Grott doświadczony pracownik na polu zagadnień związanych z cukrzycą, doskonały znawca lekarskiej literatury angielskiej oraz tłumacz cennego podręcznika chorób serca J. Mackenziego, obecnie wydał podręcznik o cukrzycy. Książka J. W. Grotta starannie wydana, wyróżnia się jasnością i treściwością wykładu. Najbardziej trudne zagadnienia z dziedziny fizjopatologji i terapji cukrzycy są tu rozwiązane bardzo jasno i prosto. Autor, jako wytrawny znawca przedmiotu, wykazał tu duże zdolności pedagogiczne, dzięki umiejętności operowania materjałem. Mówi on głównie o tem, co ma praktyczne znaczenie przy leczeniu cukrzycy. Książka jest napisana dla lekarzy i dla chorych. Lekarz znajdzie w niej bardzo wiele cennych i wyczerpujących wskazówek, dotyczących: leczenia insuliną, djetetyki i ogólnej higjeny chorego. Chory inteligentny, dzięki przystępności wykładu, osiągnie również znaczne korzyści: nauczy się cierpliwie znosić djetę, gdyż zrozumie jej konieczność i ułatwi tem lekarzowi zadanie lecznicze. Bardzo dobrze opracowany jest dział djetetyki, gdzie autor szczegółowo omawia czem można żywić chorych, podaje tablice z zawartością węglowodanów w różnych jarzynach oraz ich wartość kaloryczną. Prócz tego bardzo szczegółowo podany jest sposób przyrządzania rozmaitego rodzaju potraw.

Kończąc, muszę jeszcze raz podkreślić wielką pożyteczność podręcznika i jego wysoką wortość. Mniemam, że podręcznik, „który w sposób przejrzysty podaje wszystkie zasadnicze wiadomości niezbędne do zrozumienia cukrzycy, jej przebiegu i leczenia” (prof. W. Orłowski), znajdzie się w bibljotece każdego lekarza.

A. K.

L'OBESITÉ. L. WILLIAMS. Tłumaczenie francuskie przez A. Françon'a i R. Merklen'a. Felix Alcan Paris 1929.

Rzadkością jest dzisiaj książka treściwa pełna głębokich myśli. Taką książką jest niezawodnie podręcznik poświęcony otyłości, napisany przez Williamsa. Autor—wybitny klinicysta, doskarały obser-

wator, zebrał skrzętnie wszystkie dane współczesnych badań i oświetlił je własnemi spostrzeżeniami. Jednakże nietylko na najnowszych źródłach opiera on swe spostrzeżenia, czerpie on rówież wiele danych z dzieł autorów dawnych, danych bardzo trafnych. W książce znajduje się wiele cennych myśli i spostrzeżeń, odnoszących się nie tylko do poruszonego tematu, ale do całej medycyny. Autor porusza wiele kwestji z dziedziny moralnej, filozoficznej i społecznej. Co się tyczy patologji i terapji otyłości to są tu zagadnienia te bardzo obszernie i krytycznie potraktowane. Książka napisana jest stylem żywym nie nużącym, opatrzona jest komentarzem historycznym i licznemi cytatami z dawnej literatury lekarskiej. A. K.

MIKROSKOPJA I CHEMJA KLINICZNA. Tom II. Kraków, 1929. Doc. Dr. Jan Nowaczyński.

Książka ta jest bardzo cennym uzupełnieniem doskonałego podręcznika badań laboratoryjnych, którego część I została ogłoszona drukiem w 1924 r. Tom drugi podaje szczegółowe i nowoczesne metody badania plwociny, treści żołądkowej i dwunastniczej oraz moczu i kału. Część pierwsza podręcznika wydana w 1924 roku omawia badanie krwi, wysięków i przesięków oraz płynu mózgowordzeniowogo. Całość stanowi nie tylko niezbędny podręcznik dla laboratorjów, lecz i dla lekarza praktyka, który dowie się z niego, w jakiej mierze technika nowoczesnych badań może rozstrzygnąć wszelkie wątpliwości. A. K.

KARLSBAD UND SEINE QUELLEN. Dr. S. Buxbaum III Auflage 1928.

Nadesłana redakcji książka pod powyższym tytułem jest starannie opracowana i zawiera bardzo cenne wskazówki, dotyczące stosowania wód karlsbadskich w różnych cierpieniach. Autor omawia tu zwięźle wszystkie nowoczesne dane, dotyczące balneologji. Szeroko uwzględnione są również zdobycze chemji fizykalnej w tej dziedzinie. Szkoda, że książeczka nie jest wydana w polskim tłumaczeniu. A. K.

PODRĘCZNIK RECEPTOWY OLIGOPLEKSÓW DYNAMICZNYCH I PREPARATÓW. Dr. Madaus.

Nadesłany redakcji podręcznik jest ładnie wydany. Ze względu na obfitą ilość recept oddać on może zapewne duże usługi tym, którzy interesują się homeopatją. Ja ze swej strony zaznaczyć muszę, że podręcznik posiada braki pod względem językowym co obniża jego wartość. A. K.

Z UZDROWISK.

KRYNICA.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy urządza w dniach 4-tym, 5-tym i 6-tym stycznia 1930 r. III Zjazd lekarski.

Głównemi tematami obrad będą: przemiana materji i wewnętrzne wydzielanie.

W czasie obrad zjazdu odbędą się w Krynicy: międzynarodowe zawody hockeyowe, zawody narciarskie i popisy w jeździe na sztucznym lodzie.

Program szczegółowy zjazdu zostanie niebawem ogłoszony.

Informacji udziela, zgłoszenia uczestnictwa i zgłoszenia odczytów przyjmuje sekretarz generalny zjazdu Dr. Witold Skórczewski. Krynica.

KARLOWE VARY (KARLSBAD).

Zjazd lekarzy zdrojowiskowych w Karlsbadzie odbędzie się w czasie od 15 do 21 września 1929 r. W czasie tym odbędzie się kurs dokształcający dla lekarzy ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji. W programie są wykłady licznych wybitnych specjalistów. Oprócz wykładów będzie pokaz urządzeń zdrojowiskowych. Informacji udziela Dr. Edgar Ganz. Karlsbad. Alte Wiese.

Od Pana Przewodniczącego Rodziny Lekarskiej (Warszawa, Podwale Nr. 18), Generała D-ra W. Rogalskiego otrzymaliśmy poniższą odezwę z prośbą o przedruk:

Szanowni Koledzy!

Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dźwigającej się z gruzów Niepodległej naszej Ojczyźnie dotknęły narówni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego — człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej jest z lekarzami. Ludzie ci mrówczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniają swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkolwiek korzyściach materjalnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w opłakanych a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciągania ręki po datek, same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierot po Le-

karzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 r. na „Rodzinę Lekarską", posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiedz grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł. miesięcznie. Dlatego też, pamiętając, że „res sacra miser", powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do „Rodziny Lekarskiej" i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższemi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte przez Was i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej".

PRZEWODNICZĄCY:
(—) *Dr. W. Rogalski gen.*

**UWAGA: Wpisowe wynosi Zł. 5.—, składka miesięczna Zł. 1.—
C-to P. K. O. 15922.**

KONKURS.

Koło Lekarzy Towarzystwa **„Pomoc Lekarska"** przy ul. Grzybowskiej Nr. 11, egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza **konkurs** za najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów.

NAGRODA WYNOSI

1.000 złotych.

WARUNKI KONKURSU

1. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego.

2. Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkiętą kopertę opatrzoną tem samem godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora.

Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach.

3. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r.

4. Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1.000 zł. zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 złotych za pracę najwięcej wyróżnione.

5. W razie zakwalifikowaaia do nagrody kilku prac jednakowej wartości pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego przy T-wie „Pomoc Lekarska"

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r.

7. Koło Lekarzy przy T-wie „P. L." zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

TREŚĆ:

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91.